16.

16. Hommage de l'auteur

NOTES

D'OPHTHALMOLOGIE

PAR

le Docteur H. ROMIÉE.

(Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége.*)

LIÉGE,
IMPRIMERIE H. VAILLANT-CARMANNE,
Rue St-Adalbert, 8.

1879

NOTE SUR L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.

Dans cette note je me propose de signaler quelques points offrant un véritable intérêt pratique.

Les conditions dans lesquelles on administre ordinairement le baptême sont, selon moi, une cause fréquente de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Ainsi, en interrogeant les mères, je suis arrivé à constater que, dans plus de 50 % des cas, l'enfant qui, jusqu'au jour du baptême n'avait présenté aucun phénomène capable de fixer l'attention, à son retour était pris d'éternuements et, le lendemain ou le surlendemain, les paupières étaient rouges et tuméfiées, l'ophthalmie était déclarée. Evidemment cette origine est incontestable, d'autant plus qu'elle s'explique facilement quand on sait que le nouveau-né est porté à l'église, dont l'atmosphère en tout temps est froide et humide et que là, la jeune tête, chargée de sueur, est découverte et en outre, quelques instants après, aspergée d'eau froide.

Il conviendrait donc que le baptême fût administré dans une partie de l'église où la température (en été comme en hiver) ne permettrait pas le refroidissement de l'enfant et que l'eau employée fût préalablement chauffée. (Ces bonnes conditions hygiéniques ne sont prises que dans quelques églises.)

Les médecins auront en outre à recommander aux sages-femmes d'essuyer la tête de l'enfant au moyen d'un linge bien sec, aussitôt après l'avoir découverte. L'eau du baptême devra être également essuyée rapidement.

Ces différentes précautions prises, on éloignera ainsi des causes morbides souvent efficaces.

Le pronostic de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est, de l'avis de la plupart des ophthalmologistes, extrêmement favorable ; cependant j'ai assez souvent l'occasion d'être consulté pour des enfants de quelques semaines qui ont perdu un œil ou les deux yeux par suite d'une ophtalmie purulente.

Ces accidents doivent être rapportés le plus souvent à la négligence des parents qui appellent trop tard le médecin ou qui exécutent mal les prescriptions, ou encore à cette circonstance, que les accoucheuses ignorant le danger, rassurent entièrement les parents sur l'innocuité de l'affection, ou, enfin ce qui est rare, je me plais à le dire, au fait que les médecins ont soigné trop mollement une affection qui demande un traitement énergique.

Les accoucheuses doivent donc savoir quel danger courent les yeux d'un nouveau-né dès que les paupières sont tuméfiées, même légèrement, dès qu'elles sont fermées et agglutinées, afin de pouvoir avertir les parents que l'enfant est exposé à perdre les yeux, si des soins convenables ne sont pas donnés immédiatement.

Quant aux médecins qui acceptent la responsabilité d'un cas d'ophthalmie purulente, ils ne doivent pas se laisser trop rassurer par le pronostic favorable des auteurs, pronostic qui varie avec de nombreuses circonstances et qui doit être souvent réservé, ils ne doivent pas non plus croire à l'efficacité d'un seul et même traitement pour tous les cas. Ainsi, dernièrement encore, et malheureusement je pourrais citer plus d'un cas de ce genre, j'ai vu un enfant ayant les deux cornées perforées, la purulence continuait légèrement et le médecin croyait avoir bien fait en prescrivant un traitement (3 instillations par jour d'une solution de nitrate d'argent au 1/150e), qui avait été recommandé dans tous les journaux contre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Ce traitement, efficace dans les cas légers qui peuvent même guérir sans médication, est le plus souvent insuffisant; car dans presque tous les cas de cette affection éminemment aiguë et d'une marche excessivement rapide, il est nécessaire de recourir à un traitement essen-

tiellement actif. C'est pourquoi je crois de quelqu'utilité de rapporter ici la méthode que je mets en usage et qui m'a toujours donné des résultats heureux, lorsque je voyais le malade avant une atteinte sérieuse des cornées.

En présence d'une ophthalmie purulente chez un nouveau-né, lorsque le début ne remonte qu'à un jour ou deux, il n'y a pas encore à craindre de lésion cornéenne, l'examen des cornées est inutile; si l'ophthalmie est de date plus ancienne, il est nécessaire d'écarter les paupières, mais on ne doit pas perdre de vue que la cornée peut être fortement ulcérée et qu'une pression au moyen de l'écarteur, peut déterminer la perforation subite de la cornée et ses suites. Je ne m'occuperai pas des lésions cornéennes étendues ou des complications qui en résultent, ceci étant trop du domaine des spécialistes.

Au début d'une ophthalmie purulente, alors qu'il n'y a pas même de lésion cornéenne, je prescris un collyre au sulfate d'atropine au 1/200e, 3 fois par jour quelques gouttes (à cette dose on n'a guère à craindre des symptômes d'empoisonnement), et, au moyen du sulfate de cuivre pur, je cautérise légèrement les conjonctives palpébrales dans la partie rétro-tarsienne (les paupières tuméfiées se renversent avec la plus grande facilité). Je répète cette cautérisation une fois toutes les 24 heures; mais en outre, si la cornée est indemne, je prescris un collyre au nitrate d'argent au 1/150e, à instiller une goutte toutes les quatre heures; si la cornée offre un commencement d'ulcération je préfère au nitrate d'argent le sulfate de zinc (1/100e) ou le bichlorure de mercure, 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, et dans ce cas j'augmente la dose d'atropine.

En même temps je prescris l'emploi presque continuel de cataplasmes émollients. J'ai toujours eu à me louer de ce moyen que je trouve beaucoup plus commode que l'emploi des compresses d'eau glacée préconisées par quelques auteurs.

Un point important du traitement est le nettoyage très fréquent des yeux : Enlever souvent le muco-pus au moyen d'eau tiède qu'on fera tomber entre les paupières

écartées, par pression d'une éponge imbibée. L'éponge est préférable à la seringue dont le jet, s'il n'est pas modéré, peut arriver jusqu'aux yeux de celui qui donne les soins, et produire l'ophthalmie purulente dont la contagiosité est grande. J'ai donné des soins à une famille G., de Seraing, dont un nouveau-né presque guéri d'une ophthalmie purulente avait communiqué, par l'intermédiaire des essuie-mains ou de l'eau du bassin, à sa sœur, âgée de 13 ans, une affection légère conjonctivale de forme catarrhale, et à son frère, âgé de 9 ans, une ophthalmie purulente aiguë avec lésions cornéennes. La sœur a été guérie en quelques jours, mais les lésions cornéennes ont été graves immédiatement, et le petit garçon n'a guéri qu'en conservant à chaque œil une synéchie iridienne antérieure.

L'affection nécessite donc aussi de grandes précautions au point de vue de la contagion.

Quand une ophthalmie purulente des nouveau-nés est soignée au début, avant toute complication cornéenne, elle ne dure guère que quelques jours. L'affection, dans des cas rares, peut se transformer en conjonctivite chronique : toutefois, quand elle se prolonge ou qu'elle semble résister à l'efficacité des moyens employés, *la cause en est souvent due à l'état général, soit de l'enfant, soit de la mère, état général qui laisse à désirer.*

C'est là un point essentiel du traitement qui est omis par les auteurs et qui est fort important, comme je l'ai constaté plusieurs fois depuis que j'ai fait cette remarque.

Le 28 novembre 1873, je suis appelé par M. le docteur Malherbe à donner des soins à l'enfant Louis D... Cet enfant est âgé de quatre jours : il a été porté au baptême le 26 et à son retour, la mère a été étonnée de l'entendre éternuer. Depuis la veille, les paupières sont fort tuméfiées, et les yeux ne se sont plus ouverts. En écartant les paupières, il s'échappe un flot de pus. Je cautérise immédiatement les conjonctives palpébrales au moyen du sulfate de cuivre ; je prescris le collyre au sulfate d'atropine, et le collyre au nitrate d'argent, ainsi que les lavages fréquents et les cataplasmes émollients. Le lendemain, amélioration qui s'accentue davantage encore le 30 novembre.

Le 1er décembre, la secrétion puriforme est toujours abondante, les paupières sont moins tuméfiées, les cornées sont intactes.

Jusqu'au 5 décembre, l'affection, malgré les soins les mieux suivis, reste stationnaire. La mère n'a pu continuer à nourrir son enfant à cause d'abcès aux seins. L'enfant, nourri au biberon et à la cuiller, vomit souvent et est toujours assez difficile. Il se fait cependant assez bien. En présence de cette persistance de l'affection palpébrale, je conseille une nourrice, qui le même jour donne le sein à l'enfant. Le 7 décembre, l'enfant ne vomit plus et est devenu facile, l'affection oculaire est entrée dans une voie évidente d'amélioration. Ainsi l'enfant, la veille au soir, a ouvert les yeux pour la première fois, la sécrétion a notablement diminué : je cautérise légèrement les culs-de-sac palpébraux dont les papilles sont encore volumineuses. Le 12 décembre, la sécrétion est fort réduite, l'enfant ouvre les yeux une grande partie de la journée. Les cautérisations n'ont plus été employées, le reste du traitement a encore été suivi. L'enfant se fait très bien, pleure très peu, ses selles sont normales et le lait n'est plus rendu. Le 14 décembre, je croyais trouver l'enfant pour ainsi dire guéri, mais la sécrétion, depuis hier, a recommencé ; elle est très abondante ; le traitement a été continué.

J'apprends que le 12, après ma visite, on a dû congédier la nourrice, et que depuis lors on a donné de nouveau le biberon : l'enfant, depuis hier, a vomi plusieurs fois. Je demande que l'on pourvoie le plus tôt possible au remplacement de la nourrice et je renouvelle chaque jour la cautérisation des paupières. Le 18 décembre, l'affection qui, malgré le traitement, ne s'était guère améliorée, semble entrer dans une nouvelle période d'amélioration : les vomituritions de l'enfant ont cessé depuis la veille, moment d'arrivée de la nouvelle nourrice. Le 19, j'ai encore eu recours au crayon de sulfate de cuivre ; le 20, la sécrétion puriforme avait très notablement diminué et la guérison était proche. J'ai fait continuer le collyre au nitrate d'argent pendant trois jours, après lesquels la guérison fut complète.

Ce cas, qui avait fixé particulièrement mon attention sur l'influence que peuvent avoir sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés les mauvaises conditions générales de l'enfant, m'a été toujours très utile dans les cas que j'ai rencontrés depuis cette époque.

Les conditions générales de l'enfant peuvent provenir entr'autres d'une alimentation artificielle mal supportée, mais aussi d'une alimentation naturelle rendue défectueuse, lorsque la mère-nourrice se mettra dans des conditions défavorables pour produire un bon lait.

J'ai eu encore dernièrement l'occasion de soigner deux enfants où la répercussion de l'état général des mères sur la marche de l'ophthalmie purulente s'est montrée d'une manière caractéristique.

Voici ces cas :

1° L'enfant M... est âgé de trois jours, le 18 octobre; son œil gauche est atteint d'une ophthalmie purulente aiguë très intense avec sécrétion très abondante ; l'œil droit montre un peu de conjonctivite. Le traitement consiste en une cautérisation au sulfate de cuivre à l'œil gauche, en un collyre au nitrate d'argent (150e.) pour l'œil droit, en lavages de l'œil gauche fréquents et en applications tièdes.

Le 19 octobre, je trouve le gonflement des paupières gauches considérablement diminué et la sécrétion fort réduite. Je cautérise de nouveau la conjonctive des paupières gauches, la conjonctivite est toujours légère à droite ; on emploiera le collyre au nitrate d'argent aux deux yeux ; le reste du traitement sera continué.

On était venu m'informer le 20 octobre que les yeux étaient presque en bon état, lorsque le 2 novembre on me rappelle. Depuis deux jours, les paupières des deux yeux, qui n'avaient pas cessé de sécréter légèrement, sont fort gonflées, et, en les écartant, elles laissent échapper une bonne quantité de liquide puriforme. L'enfant semble bien portant et n'a pas été soumis à quelqu'influence nuisible. La mère-nourrice, femme d'une excellente constitution, est sortie il y a trois jours ; elle s'est fatiguée beaucoup et a eu froid. Depuis ce moment, elle souffre de violentes douleurs

abdominales, contre lesquelles on lui a conseillé le repos et des applications tièdes sur l'abdomen.

Le lendemain, la mère paraît entièrement remise de son indisposition, et l'affection des conjonctives palpébrales de l'enfant, qui ont été cautérisées au sulfate de cuivre, est dans une voie d'amélioration marquée.

L'ophthalmie va en décroissant, lorsque, le 14 novembre, la mère me dit qu'elle souffre de nouveau depuis la veille de vives coliques, qui faiblissent un peu, et je trouve l'enfant atteint d'une nouvelle rechute de l'ophthalmie purulente aiguë (gonflement des paupières et sécrétion abondante) à l'œil droit, l'œil gauche n'est que légèrement malade.

Le 15 novembre, la mère est guérie et l'affection oculaire de l'enfant s'est considérablement améliorée. Le lendemain, les paupières de l'enfant sont presque guéries.

Le 4 décembre, l'enfant n'offrait plus de traces de la maladie de ses yeux.

2° L'enfant T., âgé de 3 jours, est atteint d'une ophthalmie purulente aiguë : les paupières sont très tuméfiées et la sécrétion puriforme est abondante. Le traitement que j'ai indiqué plus haut est employé. Le lendemain, 29 novembre, les paupières sont affaissées et les conjonctives donnent un peu de mucosités. Légères cautérisations au sulfate de cuivre.

Le 13 décembre, je suis rappelé ; on m'apprend que les paupières n'ont pas cessé de produire une légère sécrétion, les yeux étaient encore un peu rouges, mais ils restaient ouverts une grande partie de la journée ; depuis le 10 décembre, la sécrétion puriforme a reparu avec une grande intensité. Les paupières sont un peu tuméfiées, la cornée droite est ulcérée avec hernie iridienne, la cornée gauche est également ulcérée. Je recours de nouveau au sulfate de cuivre, j'insiste sur les instillations d'atropine et sur les lavages continuels. J'apprends que la mère-nourrice, d'une santé assez délicate, est sortie quatre jours auparavant et qu'elle est rentrée indisposée. Elle a éprouvé, depuis, un malaise général assez prononcé et sa figure est couverte d'une éruption impétigineuse abondante. Je prescris un régime tonique à la mère.

Le 16 décembre, l'affection oculaire s'est améliorée beaucoup à l'œil droit, l'ulcération cornéenne de l'œil gauche qui s'est aggravée jusqu'aujourd'hui, semble entrer dans une bonne période. La suppuration a considérablement diminué. Comme les trois jours précédents, je pratique la cautérisation des conjonctives palpébrales.

Le 18, la sécrétion a depuis hier repris son intensité, et l'œil gauche présente un staphylôme cornéen. L'enfant a vomi ce matin et il l'a fait hier plusieurs fois. La mère, malgré mes recommandations réitérées, a donné le sein à des heures irrégulières et souvent laissé son enfant têter trop longtemps.

Le 19, l'état des yeux est en meilleure voie.

Le 20, il y a une nouvelle aggravation de l'affection oculaire.

Le 22, les procidences cornéennes se sont affaissées et la sécrétion a beaucoup diminué.

Le 23, la sécrétion puriforme a repris un peu d'intensité.

Le 24 et le 25 sont de bons jours.

Le 26, la sécrétion palpébrale a reparu avec une grande intensité.

Cette marche de l'ophthalmie était assez extraordinaire, et j'apprends que la mère, transgressant mes conseils certains jours, à cause de ses affaires, se fatigue beaucoup et se couche très tard, et le lendemain de ces jours a précisément coïncidé chaque fois avec une aggravation de l'affection oculaire du nourrisson.

L'affection, depuis ce jour, a été en s'améliorant, mais toujours en présentant une augmentation de plus en plus faible de la sécrétion puriforme le lendemain des jours d'une fatigue trop grande pour la mère : ainsi j'ai encore noté comme mauvais jours le 30 décembre, le 2 janvier et le 6 janvier, jours où les conjonctives sécrétaient davantage.

Aujourd'hui l'œil droit est relativement en bon état : il conservera une synéchie antérieure avec leucome ; l'œil gauche tend à devenir staphylomateux et nécessitera probablement une iridectomie pour empêcher la procidence anormale de la cornée.

En terminant cette note, il me semble devoir conclure que :

Le baptême est une cause fréquente de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés : ses dangers seraient aisément écartés.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection très-contagieuse, nécessitant presque toujours un traitement énergique et capable d'enrayer une affection souvent grave.

L'état général de l'enfant et celui de la nourrice peuvent avoir une influence considérable sur la marche de l'ophthalmie : le médecin devra donc s'occuper attentivement des conditions hygiéniques de l'enfant et de la nourrice.

Observations de sarcôme et de mélano-sarcôme de la choroïde.

J'ai opéré dernièrement une enfant de trois ans, Guillemine P., atteinte d'un sarcôme de l'œil gauche. Le diagnostic est toujours facile lorsque les parents se décident à prendre l'avis du médecin. C'est une belle petite fille, paraissant jouir d'une magnifique santé. La conjonctive oculaire est injectée, la cornée est déjà proéminente et de couleur brunâtre; elle semble vouloir livrer bientôt passage à la tumeur. L'enfant est depuis quelque temps plus difficile, et dit qu'elle a mal à l'œil. Le globe est très-dur. C'est un sarcôme qu'il faut enlever pour tenter de sauver l'enfant. Le 17 décembre 1878, avec le concours de M. le dr Lambotte chirurgien des hospices de Verviers, je pratique l'énucléation dans mon service à l'hôpital de Bavière de Verviers. L'opération est terminée rapidement, l'enfant ayant été anesthésiée au moyen du chloroforme. Voici l'état du globe oculaire : La sclérotique est intacte, le nerf optique dont j'ai enlevé huit millimètres environ est intact. La cornée a pris un assez grand développement et est complètement altérée : Elle était très-friable. Sur une coupe, on voit que tout le corps vitré et presque toute la chambre antérieure, sauf un petit espace, est occupé par la tumeur, le cristallin dans sa capsule a été seulement déplacé, mais il est resté intact ; la

rétine et la choroïde, l'iris, les procès ciliaires, ont été absorbés par la tumeur. J'ai examiné la tumeur au microscope et je l'ai trouvée composée exclusivement de cellules petites et rondes. C'est donc un sarcôme. Cette tumeur, qui est celle qui se rencontre le plus souvent dans l'œil des enfants, est aussi une des plus graves, parce qu'elle se reproduit ordinairement. La plupart des auteurs disent que cette tumeur diagnostiquée et enlevée à temps ne se reproduit pas : Cet *à temps* est très-vague et ne se rencontre presque jamais : il faudrait diagnostiquer l'affection alors qu'elle débute dans la choroïde, mais à ce moment les parents ne peuvent s'en apercevoir; et, quand c'est plus tard, est-ce encore *à temps ?* Toujours est-il que cette tumeur enlevée récidive presque dans tous les cas. M. le professeur Fano en rapporte un cas où il n'y avait pas récidive après six ans. Pour terminer cette observation, l'enfant eut en quelques jours une cicatrice parfaite, il était redevenu gai, sa santé restait bonne, mais il y a trois semaines environ, c'est-à-dire plus de deux mois après l'opération, les parents ont observé que le ganglion préauriculaire était tuméfié ; quelques jours après il augmentait toujours de volume et une tuméfaction se remarquait aux ganglions sous-maxillaires, bientôt un nouveau globe semblait formé ; cette tumeur globuleuse était constituée par la masse musculaire. Actuellement ces trois tumeurs augmentent de plus en plus et emporteront l'enfant dans un temps plus ou moins rapproché.

En 1875 j'ai rapporté encore l'observation d'un sarcôme qui pouvait laisser beaucoup d'espoir de ne pas récidiver. Il était peu avancé et le nerf optique n'était pas envahi; mais l'enfant a eu, moins d'un mois après l'opération, une récidive; la tumeur a envahi vite tout l'orbite et toutes les parties périorbitaires ; peu de temps après l'enfant succombait.

Dans plusieurs autres cas de sarcôme de l'œil chez les enfants, pour lesquels j'ai été consulté, j'ai vu les parents faire opérer leurs enfants toujours avec le même résultat.

En 1875, je publiais en même temps un cas de mélanosarcôme chez une dame, âgée de 64 ans. Le nerf optique

était envahi ; l'état général était très-mauvais. Je l'ai opérée le 25 novembre 1874 avec le concours de MM. les drs Jacqmin et Lambotte. Les douleurs atroces dont elle souffrait ont disparu complètement, et elle est morte le 24 septembre 1877 sans avoir plus rien éprouvé du côté de l'œil.

Je vous présente aujourd'hui un autre globe oculaire que j'ai enlevé le 19 décembre 1876. C'était l'œil droit; on voit, au côté interne, des bosselures prononcées qui s'étendent jusqu'au nerf optique qui est même entouré. En ouvrant le globe on voit que toute la partie antérieure de l'œil est indemne. Le corps vitré est intact dans les 2/3 de sa totalité mais il est envahi dans le tiers postérieur. La choroïde est normale sauf dans les points correspondant à la tumeur : elle est envahie là et absorbée par la matière sarcomateuse : La sclérotique a été traversée par le néoplasme mélanique au point où se trouve la plus grosse bosselure et la tumeur s'irradie de là au-dessus de la membrane fibreuse de l'œil. Ces bosselures sont recouvertes d'une très-légère membrane de tissu conjonctif qui les séparait des muscles du globe oculaire. La tumeur est exclusivement composée de cellules fusiformes, qui se rencontrent aussi dans le nerf optique complètement envahi. C'est donc un mélano-sarcôme qui a pris naissance dans la choroïde. Cette tumeur était portée par Mme Urb. G., âgée de 40 ans, et lui occasionnait, depuis deux ans, de violentes douleurs s'étendant autour de l'orbite et s'irradiant à la moitié de la tête. Il y avait cinq ans que la vue était devenue mauvaise à l'œil droit, mais, depuis deux ans, elle ne distinguait plus le jour. Le globe était légèrement proéminent, les mouvements en dedans étaient très-limités, on voyait les bosselures bleuâtres lorsque la malade regardait en dehors. Les vaisseaux conjonctivaux étaient très-développés. La cornée était normale, l'iris semi-dilaté : la chambre antérieure offrait un hypœma, et le cristallin présentait une teinte jaune rougeâtre.

L'état général de cette dame était très-mauvais : elle avait un teint blanc de cire. Quelques jours après la plaie

de l'orbite était cicatrisée et n'avait rien présenté d'extraordinaire.

La malade est morte quelques mois après l'opération dans un dépérissement complet, m'a écrit le Dr Willems, qui m'a secondé dans cette opération, après avoir souffert de douleurs atroces dans toute la tête et dans les membres : elle avait eu aussi quelques convulsions, ce qui fait supposer que le néoplasme avait fixé son siége dans le cerveau.

Le globe oculaire de l'enfant porte une bonne portion du nerf optique (presque un centimètre); j'ai pu enlever aisément une aussi grande partie du nerf parce que, au lieu des ciseaux ordinairement employés et légèrement courbes sur le plat, je me sers aujourd'hui de ciseaux qui, grâce à leur plus grande longueur et à leur courbure plus prononcée (presque la courbure du globe oculaire), me facilitent beaucoup la section du nerf optique, temps parfois difficile de l'énucléation. De plus, au moyen de ces ciseaux j'atteins plus aisément une partie plus profonde du nerf optique.

A ce propos je vous signalerai une petite cuiller introduite dans la pratique ophthalmologique par M. de Weltz et par M. Trélat ; c'est à peu près le pavillon de la sonde cannelée ordinaire. On place cet instrument à cheval sur le nerf optique en longeant le côté externe du globe oculaire et on s'en sert ensuite pour luxer l'organe et pour conduire les ciseaux jusqu'au nerf optique.

Menstruation. — Son influence sur la marche de la conjonctivite phlycténulaire.

Le 26 septembre 1878, Mme, L. 20 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament nerveux et lymphatique est atteinte, depuis deux mois environ, d'une affection oculaire caractérisée par une photophobie extrêmement intense et un larmoiement abondant. Cette affection a des hauts et des bas, mais elle n'a pas eu depuis son début, de rémission complète ; l'œil droit n'offre qu'une injection légère, à l'œil gauche la conjonctivite est vivement injectée et les vaisseaux envahissent même le bord cornéen. De petites

phlyctènes ont existé sur la conjonctive, près du bord cornéen de l'œil gauche. Le traitement consiste en applications tièdes, en instillations de sulfate d'atropine; un régime tonique est prescrit.

Le 1er novembre : Jusqu'à ce jour l'affection semble avoir été améliorée, mais depuis hier la photophobie a été vive et l'œil gauche porte de petites phlyctènes sur le bord de la cornée avec une injection très marquée et une phlyctène plus forte sur la conjonctivite près de la cornée (côté externe). Traitement : sulfate d'atropine.

Le 4 novembre. L'amélioration a été rapide sous l'influence de l'atropine; je prescris un collyre au bichlorure de mercure : 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau.

Le 20, nouvelle rechute qui précède l'établissement des menstrues. Le 21, l'écoulement menstruel est établi et la photophobie va en diminuant. Le 25, la guérison semble complète. La malade devra continuer le collyre au bichlorure de mercure.

Le 13 décembre. L'œil gauche larmoie de nouveau abondamment et la photophobie est intense : Il existe encore sur le bord de la cornée plusieurs phlyctènes et une vive injection. L'atropine et les cataplasmes émollients sont remis en usage. La malade est à la veille de la période menstruelle.

Le 14 décembre. L'amélioration de l'œil est notable. Les menstrues sont venues.

Le 15 décembre. L'affection oculaire semble pour ainsi dire guérie.

Le 5 janvier, nouvelle rechute, l'œil gauche est moins atteint mais l'œil droit est également atteint. Cette rechute coïncide avec la menstruation et a une durée plus courte que les précédentes.

Le 31 janvier, l'œil droit présente une injection conjonctivale très marquée accompagnée d'une vive photophobie et d'un larmoiement intense ; l'œil gauche semble normal. Atropine et émollients.

Le 1er février. L'œil est dans le même état, la pupille est peu dilatée et la conjonctive fort injectée.

Le 2 février. Les règles apparaissent et l'état de l'œil n'est que peu amélioré.

Le 3 février. L'œil n'est plus photophobique, il existe des phlyctènes sur la conjonctive aux côtés interne et externe de la cornée.

Le 25 février. L'œil droit présente une injection de la conjonctive moins vive que dans les accès précédents, la photophobie existe mais à un degré moindre, Mme L. est à la veille de l'époque menstruelle.

Le 27 février. L'affection est restée sans changement, aujourd'hui il est permis de constater une grande amélioration qui est marquée par l'apparition des règles.

Le 28 février. L'affection oculaire est guérie.

On sait que la conjonctivite phlycténulaire a souvent une durée de plusieurs mois avec des accalmies complètes et des récidives fréquentes. Cette affection est très fréquente chez les enfants lymphatiques, mais on l'observe encore souvent jusqu'à l'âge de 25 ans. Tant qu'elle n'envahit pas la cornée, elle est d'un pronostic favorable. Elle semble être sous la dépendance d'un état général lymphatique et c'est celui-ci qu'il faut améliorer pour mettre plus tôt un terme à l'affection oculaire.

Dans l'observation qui précède, j'ai cherché à modifier favorablement l'état général par une bonne hygiène et par un régime tonique et à régulariser le mieux possible les périodes menstruelles. Au fur et à mesure que l'état général est devenu meilleur, l'affection oculaire a montré moins d'acuité dans ses accès; et, ce qui m'a paru intéressant à signaler, c'est l'apparition des symptômes oculaires un jour ou deux avant la période menstruelle et leur guérison rapide dès l'établissement des règles.

On a rapporté dans les derniers temps des cas d'*exanthèmes menstruels*, cette conjonctivite phlycténulaire à forme *miliaire* me semble devoir rentrer dans cette catégorie.